

St. Bernward  Krankenhaus	Anmeldung stationäre Aufnahme für Einweiser	Revision: 2 Gültig ab: 16.07.2013
MED III / ÄD / FD / MFA / PD	Dok.-Nr. : MED III-F-9	Seite 1 von 1

An Fax- Nummer: 05121 90-1058

Leitstelle C3 -
Medizinische Klinik III, Prof. Dr. L. Leifeld, Klinik für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin

Folgender Patient soll in die Medizinische Klinik III aufgenommen werden:

Patientendaten:		Terminwunsch/Dringlichkeit: (Notfälle über ZNA einweisen)
Name		<input type="checkbox"/> heute oder morgen
Vorname		<input type="checkbox"/> in dieser Woche (sehr dringlich)
Geburtsdatum	♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> div. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> innerhalb von 14 Tagen (dringlich)
Telefon- Nummer		<input type="checkbox"/> elektiv
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat	Chefarzt- Wahl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt:	Facharzt:	

Medizinische Daten:

Diagnose

Einweisungsgrund

Anmerkungen

Antikoagulation Marcumar ASS/ Clopidogrel _____ (sonstige)

Vorbefunde und Histologie anbei Vorbefunde werden gefaxt Voraufenthalt BK _____

Sonstiges: _____

Datum, Uhrzeit: _____

Spezifische Telefonnummer für Rückruf:

Praxisstempel mit Telefon- Nr. (für internen Gebrauch: Anrufer)
--